



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2012

Prävalenz von Multimorbidität in der Schweiz - Definitionen und Datenquellen

Bopp, M ; Holzer, B M

DOI: <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001143>

Other titles: Prevalence of multimorbidity in Switzerland - definition and data sources

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-69777>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Bopp, M; Holzer, B M (2012). Prävalenz von Multimorbidität in der Schweiz - Definitionen und Datenquellen. Praxis, 101(25):1609-1613.

DOI: <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001143>

Prävalenz von Multimorbidität in der Schweiz – Definitionen und Datenquellen

Prevalence of Multimorbidity in Switzerland – Definition and Data Sources

¹M. Bopp, ²BM. Holzer

¹ Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

³ Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, USZ

Korrespondenzadresse:

Dr. Matthias Bopp, MPH

Institut für Sozial- und Präventivmedizin

Universität Zürich

Hirschengraben 84

CH-8001 Zürich

Email: bopp@ifspm.uzh.ch

Zusammenfassung

Trotz ungenügender Datenlage steht Multimorbidität auch in der Schweiz zunehmend auf den Agenden der sich mit Gesundheitsthemen befassenden Institutionen und Personen. In diesem Artikel werden die wichtigsten Probleme und Hindernisse auf dem Weg zu verlässlichen Prävalenzdaten erläutert. Dabei werden bestehende schweizerische Datenquellen, welche für Prävalenzberechnungen herangezogen werden könnten, aufgezeigt und besprochen. Die wohl grösste aktuelle Herausforderung liegt in der Einigung der internationalen Forschungsgemeinschaft auf eine standardisierte Definition von Multimorbidität mit der Festlegung der Art und minimalen Anzahl der einzubeziehenden chronischen Erkrankungen. Um künftig valide und international vergleichbare Prävalenzdaten zu erhalten, sollten darüber hinaus methodologische Ansätze, wie das Vorgehen bei der Datenerfassung und die Entwicklung eines Masses zur Messung von Multimorbidität, breit diskutiert und zu einem Konsens geführt werden.

Schlüsselwörter: Chronische Krankheiten, Multimorbidität, Definition, Prävalenz, Datenquellen

Summary

Despite insufficient data, multimorbidity is in Switzerland an emerging issue on the agenda of public health and medical institutions. In this article the most current issues for and obstacles towards valid prevalence figures are discussed. Available Swiss data sources which could be used for estimating prevalence of multimorbidity are illustrated. The biggest current challenge for the international research community is to create a uniform definition of multimorbidity concerning the types and a minimal number of included chronic conditions. Furthermore, to obtain valid and internationally comparable prevalence estimates in the future, some methodological approaches like data assessment and the development of a measurement for the burden of multimorbidity should be broadly discussed in order to come to a consensus.

Keywords: chronic disease, multimorbidity, definition, prevalence, data source

Prävalenz von Multimorbidität in der Schweiz – Definitionen und Datenquellen

Was ist Multimorbidität?

Multimorbidität ist in den letzten Jahren auch im deutschen Sprachraum ein Schlagwort geworden, meist allerdings erst innerhalb des Fachpublikums.

Die Verbesserung der Lebensbedingungen und der medizinische Fortschritt haben zu einer eindrucklichen Zunahme der Lebenserwartung geführt. In der Schweiz hat sich die mittlere Lebenserwartung bei Geburt seit 1900 fast verdoppelt: von 46,2 auf 80,2 Jahre für die Männer und von 48,9 auf 84,6 Jahre für die Frauen [1]. Damit einher gehend ist eine drastische Zunahme der Häufigkeit von chronischen Erkrankungen in der Bevölkerung und damit auch, dass immer mehr Menschen, vor allem im Alter, gleichzeitig unter mehreren chronischen Erkrankungen leiden, unter Multimorbidität. In klinischen Settings ist Multimorbidität die Regel: In einer Studie zur Multimorbidität von stationären internistischen Patienten am Universitätsspital Zürich wiesen Patienten, welche über die Notfallstation eingeliefert wurden, durchschnittlich 7 chronische Diagnosen auf [2]. Mit der weiter fortschreitenden demografischen Alterung der Schweizer Bevölkerung sind weitere Zunahmen absehbar. Damit rückt das Thema Multimorbidität immer häufiger auf die Agenden der mit Gesundheitsthemen beschäftigten Institutionen und Personengruppen, sei es in der Gesundheitsversorgung, in der Forschung oder in der Gesundheitspolitik. Aber Multimorbidität ist mehr bzw. etwas anderes als die Summe der Einzelerkrankungen: Die Auswirkungen von Multimorbidität sind vielfältig, für die betroffenen Patientinnen und Patienten, für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie anderen Gesundheitsberufe und letztlich für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft.

Für den Patienten bedeutet Multimorbidität vor allem Funktionseinschränkungen, häufig einen oft progressiven Verlauf der Erkrankungen und damit einen zunehmenden Verlust an Autonomie und Lebensqualität [3, 4]. Für die Ärztinnen und Ärzte bedeutet Multimorbidität die Behandlung von komplexen Patienten, für die es keine oder nur ungenügende Guidelines gibt und bei deren Mehrfacherkrankungen vor allem durch Polypharmakotherapie beträchtliche Risiken von Medikamenten- und Krankheits-Interaktionen gegeben sind [5]. Da fast alle systematischen Reviews und Guidelines eine Einzelerkrankungen-Perspektive pflegen [6] erstaunt es nicht, dass multimorbide Patienten in der Regel das Gesundheitswesen stärker beanspruchen [7]. Dies gilt insbesondere, wenn keine Fall-koordinierenden Strukturen vorhanden sind und die Einzelerkrankungen von mehreren Spezialisten in einem stark segmentierten medizinischen Versorgungssystem, das wenig interagiert bzw. kommuniziert, behandelt werden. Dieses Fehlen von Strukturen zur integrativen Versorgung in einem auf die Behandlung von Einzelerkrankungen ausgerichteten Gesundheitssystem birgt auch die Gefahr der Überbehandlung, schlimmstenfalls sogar der Fehlbehandlung.

Wie misst man Multimorbidität?

Forschung zu Multimorbidität gibt es erst seit etwas mehr als 15 Jahren, ursprünglich vor allem aus den Niederlanden, den USA und aus Kanada, in den letzten Jahren auch aus Deutschland. Neben bevölkerungsbasierten Studien [8, 9], stehen solche aus der hausärztlichen Versorgung [10, 11] im Vordergrund. Studien aus Spitälern oder Pflegeheimen sind bisher spärlich.

Will man diese internationalen Daten vergleichen, stösst man bereits bei den verwendeten Definitionen für Multimorbidität rasch an diverse Limitationen. Die am häufigsten verwendete Definition beschreibt Multimorbidität als das gleichzeitige Vorhandensein von zwei und mehreren chronischen Krankheiten [12], wobei keine-mehr im Zentrum der Betrachtung steht als die anderen [13]. Damit wird Multimorbidität vom Konzept der

Komorbidität [14] abgegrenzt, bei dem eine Index-Erkrankung im Vordergrund steht.

Allerdings werden die beiden Begriffe oft nicht sauber getrennt und teilweise auch synonym verwendet. Eine standardisierte und anerkannte Definition von Multimorbidität, die über das gleichzeitige Vorhandensein von mehreren chronischen Erkrankungen hinausgeht, fehlt bisher.

Die Zahl der jeweils ausgewählten chronischen Erkrankungen, die in die Prävalenzberechnungen einbezogen werden, variiert von einigen wenigen (5-10) Krankheiten bis zu mehr als 300 ICD-10 Diagnosen. Auch die Art der berücksichtigten Erkrankungen ist sehr heterogen: In den meisten Studien werden Diabetes, COPD, Asthma, Arthritis als Einzelerkrankungen einbezogen, Krebs (cancer) dagegen als Gruppe. Sehr uneinheitlich gehandhabt werden kardiovaskuläre Erkrankungen (als Gesamtgruppe oder nach einigen ausgewählten Einzelerkrankungen wie Hypertonie, Herzinsuffizienz, Schlaganfall), insbesondere aber der Einbezug bzw. Nichteinbezug psychischer Erkrankungen [15]. In der Regel nicht berücksichtigt wird der Schweregrad der einzelnen Erkrankungen und auch ein länger bekannter Score zur Gewichtung der Multimorbidität wie der Cumulative Illness Rating Scale CIRS [16] wird nur selten verwendet. Dies hängt natürlich auch damit zusammen, dass es wie bereits erwähnt keine anerkannte standardisierte Methode zur Messung von Multimorbidität gibt.

Prävalenz von Multimorbidität international

Die unterschiedlichen Settings und Methoden zur Datenerfassung – Interviews oder Fragebogen aus Bevölkerungs-Surveys, administrative Datenbanken, elektronische Patientendaten aus der hausärztlichen Versorgung – erschweren Vergleiche erheblich. Hinzu kommt, dass die untersuchten Patienten oder Teilnehmer von Befragungen aus verschiedenen Altersgruppen, mehrheitlich aber ab 50 Jahren oder älter, stammen. Die Variation der Prävalenz ist entsprechend gross und reicht in der hausärztlichen Versorgung von 14% für

Personen ab 12 Jahren ohne obere Altersbegrenzung [17] bis zu 98,7% bei Personen ab 65 Jahren [11]. In der Allgemeinbevölkerung schwanken die Angaben, je nach Alterseingrenzung, von 11,6% bei über 12-Jährigen [18] bis 73% bei über 65-Jährigen [19]. Eine aktuelle Dissertation an der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin am USZ untersuchte dazu in einem systematischen Review die Unterschiede in Definition und Prävalenz im internationalen Vergleich [20].

Datenquellen zur Multimorbidität in der Schweiz

Mit Ausnahme von Krebs sind Angaben zur Morbidität bzw. zur Prävalenz einzelner chronischer Krankheiten in der Schweizer Bevölkerung dünn gesät. Als möglicher Ausweg bietet sich in einigen Fällen die Kombination unterschiedlicher Datenquellen an [21]. Wichtigste Datenquelle für Angaben zur „Burden of disease“ auf *Bevölkerungsebene* sind die seit 1992 im Fünfjahresrhythmus vom Bundesamt für Statistik bei über 15-jährigen in Privathaushalten lebenden Personen durchgeführten *Schweizerischen Gesundheitsbefragungen* [22] mit Fragen im schriftlichen Teil nach einer aktuellen oder zurückliegenden Behandlung wegen 8-13 chronischen Gesundheitsproblemen (Tabelle 1, Kasten). Von der Anlage her vergleichbar ist die internationale SHARE-Studie unter den über 50-Jährigen aus der Allgemeinbevölkerung in der Schweiz und 13 weiteren europäischen Ländern [23]. Vorteile solcher Befragungen sind die Generalisierbarkeit auf die Gesamtbevölkerung, das Vorhandensein vieler ähnlicher Erhebungen und die geringen Erhebungskosten. Dem stehen als Nachteile die Beschränkung auf Selbstangaben (keine Messungen und keine „objektive“ Beurteilung durch Fachpersonen) sowie eine gewisse Verzerrungsgefahr durch unterschiedliche Teilnahmequoten unter den ursprünglich ausgewählten Testpersonen.

Für den *stationären Bereich* existiert seit 1998 mit der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser eine Vollerhebung aller Spitalaufenthalte mit jeweils einer Haupt- und bis zu

29 (seit 2009: 49) Nebendiagnosen [24], die auf Ebene Patient zusammengezogen werden können. Auch wenn Symptome und andere keiner Krankheit zuordenbare Diagnose-Codes (z.B. Geburt, Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens) ausgeschlossen werden, stehen pro Jahr rund 4 Millionen Diagnosen gemäss ICD-10 aus über 1,1 Mio.

Hospitalisierungen von gut 800'000 Personen zur Verfügung. Dem Vorteil einer Vollerhebung stehen hier als Nachteile heterogene Diagnose- und Registrationspraktiken sowie die Beschränkung auf stationäre Spitalaufenthalte (d.h. keine Personen ohne oder nur mit ambulantem oder teilstationärem Spitalkontakt) gegenüber.

Im *ambulanten Bereich* gibt es bisher keine entsprechende amtliche Statistik. Für Infektionskrankheiten und – über spezielle, immer wieder ändernde Zusatzmodule – in sehr beschränktem Ausmass auch für andere Krankheiten [25] gibt es seit längerem das Sentinella-System, bei dem gut 100 als repräsentativ geltende Ärztinnen und Ärzte ihre aktuellen Diagnosen codieren lassen. Für eine Erfassung der Multimorbidität erfolgversprechender ist die auf einem freiwilligen Zusammenschluss von Ärztinnen und Ärzte aus der Deutschschweiz beruhende FIRE-Studie (**F**amily Medicine **I**CPC-**R**esearch using **E**lectronic Medical Records; [26]. Seit Oktober 2008 werden in diesem Netzwerk pro Patientenkontakt 1-7 Diagnosen (von rund 700 aus insgesamt 17 Kapiteln) gemäss ICPC-2 (**I**nternational **C**lassification of **P**rimary **C**are), Labordaten und Medikamentenverschreibungen registriert. Aktuell umfasst das FIRE-Projekt über 75 Ärztinnen und Ärzte mit über 140'000 Patienten und über 800'000 Konsultationen [27]. Je nach Art der chronischen Erkrankung besteht dabei ein grosser Spielraum für unterschiedliche Registrationspraktiken, mit offensichtlichen Diskrepanzen zwischen Diagnosen und Therapien [28]. Weitere mögliche Schwächen sind die beschränkte Repräsentativität und das variable Kollektiv der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte. Als Vorteile stehen dem die beträchtliche Fallzahl und die quasi vollständige Abdeckung aller Patienten und Patientinnen der teilnehmenden Arztpraxen gegenüber.

Durch eine sorgfältige Gegenüberstellung all dieser für sich allein höchst unvollkommenen Datenquellen lassen sich für wichtige chronische Krankheiten harmonisierte Definitionen ableiten, die zu vergleichbaren und sich gegenseitig ergänzenden Prävalenzraten führen [29].

Risikofaktoren für Multimorbidität

Höheres Alter ist die einzige bis heute gesicherte Determinante von Multimorbidität, zwischen Frauen und Männern zeigen sich hingegen keine konsistenten Unterschiede [30]. Wahrscheinlich besteht aber ein Zusammenhang zwischen Multimorbidität und sozioökonomischem Status [31]. In dieser Studie aus Schottland hatten Menschen aus benachteiligten Wohngebieten nicht nur eine deutlich höhere Prävalenz an Multimorbidität als Menschen aus gehobenen Gebieten, sondern auch weit häufiger eine psychische Störung, insbesondere Depression.

Ausblick

Im Moment sind Angaben zur Prävalenz von Multimorbidität noch stark von der Definition abhängig, insbesondere aber von der Zahl der erfassten Krankheiten und der für Multimorbidität geforderten Mindestanzahl gleichzeitig vorhandener Erkrankungen [32]. Für valide Vergleiche der Prävalenz von Multimorbidität wird es entscheidend sein, dass sich die internationale Forschungsgemeinschaft auf ein gemeinsames methodologisches Vorgehen einigt. Voraussetzung dafür ist eine standardisierte Definition mit der Festlegung z.B. eines Kernsets von chronischen Krankheiten und ein genaues Vorgehen zu deren Erfassung. Darüber hinaus sollte ein Mass für die Abschätzung des Schweregrads im Sinne eines Konzepts von“ burden of disease“ entwickelt werden. Mittlerweile werden die Stimmen, die zu einem internationalen einheitlichen Vorgehen in der Definition, Erfassung und Messung zu Multimorbidität aufrufen, immer mehr [32-34].

Besonderes Forschungspotential verspricht die Suche nach typischen Multimorbiditäts-Mustern und –Clustern [35], aber auch die Fokussierung auf gemeinsame Risikofaktoren und Charakteristiken von chronischen Krankheiten [31]. Auch bezüglich Interaktionen zwischen chronischen Krankheiten im Allgemeinen und zwischen somatischen und psychischen Erkrankungen im Speziellen besteht dringender Forschungsbedarf. Weitere Abklärung verdient auch die Beobachtung von Barnett et al., dass Multimorbidität bei Bewohnern unterprivilegierter Wohngegenden im Durchschnitt 10-15 Jahre früher eintritt als bei Personen aus gehobenen Wohngegenden [31]. Bei all diesen auch gesundheitspolitisch hochrelevanten Themen macht sich schmerzlich bemerkbar, dass es in der Schweiz bislang keine allgemeine, d.h. nicht auf eine Indexkrankheit bezogene, bevölkerungsrepräsentative Kohorte gibt.

Referenzen

1. Bundesamt für Statistik, BFS_0, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html>. Accessed 27 August 2012.
2. Schneider, F., et al., Prevalence of multimorbidity in medical inpatients. *Swiss Med Wkly*, 2012. 142: p. w13533.
3. Bayliss, E.A., et al., Predicting declines in physical function in persons with multiple chronic medical conditions: what we can learn from the medical problem list. *Health Qual Life Outcomes*, 2004. 2: p. 47.
4. Hodek, J.M., A.K. Ruhe, and W. Greiner, Relationship Between Health-Related Quality of Life and Multimorbidity. *Gesundheitswesen*, 2010 72: p. 455– 465.
5. Boyd, C.M., et al., Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*, 2005. 294(6): p. 716-24.
6. Boyd, C.M., D. Vollenweider, and M.A. Puhon, Informing evidence-based decision-making for patients with comorbidity: availability of necessary information in clinical trials for chronic diseases. *PLoS One*, 2012. 7(8): p. e41601.
7. Lehnert, T., et al., Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. *Med Care Res Rev*, 2011. 68(4): p. 387-420.
8. Rapoport, J., et al., Refining the measurement of the economic burden of chronic diseases in Canada. *Chronic Dis Can*, 2004. 25(1): p. 13-21.
9. Marengoni, A., et al., Patterns of chronic multimorbidity in the elderly population. *J Am Geriatr Soc*, 2009. 57(2): p. 225-30.
10. van den Akker, M., et al., Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol*, 1998. 51(5): p. 367-75.
11. Fortin, M., et al., Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med*, 2005. 3(3): p. 223-8.
12. van den Akker, M., F. Buntinx, and J.A. Knottnerus, Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *Eur J Gen Pract* 1996. 2: p. 65-70

13. Boyd, C.M. and M. Fortin, Future of Multimorbidity Research: How should Understanding of Multimorbidity Inform Health System Design? *Public Health Reviews*, 2010. 32(2): p. 451-474.
14. Feinstein, A.R., The Pre-Therapeutic Classification of Co-Morbidity in Chronic Disease. *J Chronic Dis*, 1970. 23(7): p. 455-468.
15. Mercer, S.W., et al., Managing patients with mental and physical multimorbidity. *BMJ*, 2012. 345: p. e5559.
16. Linn, B.S., M.W. Linn, and L. Gurel, Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc*, 1968. 16(5): p. 622-6.
17. Salisbury, C., et al., Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract*, 2011. 61(582): p. 12-21.
18. Fortin, M., et al., Prevalence estimates of multimorbidity: a comparative study of two sources. *BMC Health Serv Res*, 2010. 10: p. 111.
19. van den Bussche, H., et al., Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. *BMC Public Health*, 2011. 11(1): p. 101.
20. Siebenhüner, K., Definition und Prävalenz von Multimorbidität: ein systematischer Review. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich, 2012. in Vernehmlassung.
21. Bopp, M., U. Zellweger, and D. Faeh, Routine data sources challenge international diabetes Federation extrapolations of national diabetes prevalence in Switzerland. *Diabetes Care*, 2011. 34(11): p. 2387-9.
22. Bundesamt für Statistik, BFS_1, Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007. Schweizerische Gesundheitsbefragung. verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.Document.137644.pdf>, Accessed 27 August 2012.
23. Mackenbach J, A.M., Andersen-Ranberg K, Aro AR, Physical Health. In: Börsch-Supan A, Brugiavini A, Jürges H, Mackenbach J, Siegrist J, Weber G (eds.). *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), 2005: p. 82-88
24. Bundesamt für Statistik, BFS_2, http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/02.html Accessed 27 August 2012.

25. Schuler, D., Diagnose von Depressionen in Hausarztpraxen. Auswertungen der Daten zum Thema Depression aus dem Sentinella-Meldesystem. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium,, 2009.
26. Chmiel, C., et al., The FIRE project: a milestone for research in primary care in Switzerland. *Swiss Med Wkly*, 2011. 140: p. w13142.
27. ICPC-2, <http://www.icpc.ch/index.php?id=36> Accessed 27 August 2012.
28. Busato, A., Versorgungsforschung in der Schweiz – Standortbestimmung und Ausblick. . *Schweiz Ärztezeitung*, 2012. 93: p. 896-898.
29. Zellweger U, B.M., Holzer BM, Kaplan V. , Estimation of prevalence of 4 common chronic conditions in Switzerland – bringing imperfect data into accordance. in review, in review.
30. Marengoni, A., et al., Ageing with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*, 2011. 10(4): p. 430-439.
31. Barnett, K., et al., Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, 2012. 380(9836): p. 37-43.
32. Fortin, M., et al., A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. *Ann Fam Med*, 2012. 10(2): p. 142-51.
33. Holzhausen, M., et al., Operationalizing multimorbidity and autonomy for health services research in aging populations - the OMAHA study. *BMC Health Serv Res*, 2011. 11: p. 47.
34. Garcia-Olmos, L., et al., Comorbidity patterns in patients with chronic diseases in general practice. *PLoS One*, 2012. 7(2): p. e32141.
35. Prados-Torres, A., et al., Multimorbidity patterns in primary care: interactions among chronic diseases using factor analysis. *PLoS One*, 2012. 7(2): p. e32190.

Kasten:

Prävalenz von Multimorbidität: abhängig von Fragestellung und Zahl der erfassten Krankheiten

In den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen haben jeweils zwischen 11'000 und 16'000 repräsentativ ausgesuchte Personen aus der Allgemeinbevölkerung aus einer Auswahlliste angekreuzt, ob sie wegen der entsprechenden Krankheit in ärztlicher Behandlung waren. Generell bewegen sich die Werte über die Zeit in einer ähnlichen Grössenordnung (vgl. Tabelle). Allerdings illustriert die Tabelle die häufigsten Probleme bei Prävalenzangaben zur Multimorbidität:

1. Vermeintlich geringfügige Änderungen in der **Fragestellung** können grosse Auswirkungen haben:
In den drei Befragungen 1992/3, 1997 und 2002 enthielt die Grundfrage den Zusatz „in den letzten 12 Monaten“ (für weiter zurückliegende Behandlungen gab es keine Antwortkategorie). In der Befragung von 2007 wurde erst bei den Antwortkategorien präzisiert nach „vor den letzten 12 Monaten“ und „innerhalb der letzten 12 Monate“. Folge: ein auffälliger Rückgang der Nennungen für die Kategorie „in den letzten 12 Monaten“ gegenüber 2002.
2. Die Prävalenz von Multimorbidität hängt von der **Art und der Anzahl der erhobenen Gesundheitsprobleme** ab.
3. Die Zahlen beziehen sich auf eine **Bevölkerung mit vielen jüngeren Personen**. Während unter den 15-24-Jährigen bloss 5% wegen mindestens zwei chronischen Krankheiten schon einmal in Behandlung waren, sind dies bei ab 75-Jährigen mehr als 40%.

Tabelle 1. Prävalenz von chronischen Krankheiten, Schweiz 1992-2007, in %*

	in den letzten 12 Monaten in Behandlung				schon einmal in Behandlung
	1992/93	1997	2002	2007	2007
Hoher Blutdruck	10.0	12.2	12.2	10.6	13.6
Arthrose, (rheumatische) Arthritis	.	.	.	6.3	10.5
Nervenzusammenbruch, Depression	4.0	4.5	4.9	4.5	8.0
Migräne	.	.	.	2.8	6.0
Asthma	2.6	.	.	2.7	6.2
Diabetes, Zuckerkrankheit	2.0	.	3.0	2.4	2.8
Chronische Bronchitis, Emphysem	4.0	4.8	3.1	1.8	3.3
Osteoporose	.	.	.	1.7	2.4
Krebs, Geschwulst	2.1	2.1	2.4	1.6	3.7
Herzinfarkt (Herzschlag)	1.8	2.0	1.9	1.1	2.0
Nierenkrankheit, Nierensteine	2.3	2.4	2.0	0.9	3.5
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	2.6	.	.	0.9	2.7
Schlaganfall (Schlägli)	0.5	0.6	0.8	0.4	1.0
Rheumatismus	11.3	10.0	7.5	.	.
Gallensteine	1.7
Anzahl erfasste Krankheiten	12	8	9	13	13
Mindestens 1 Krankheit vorhanden	26.8	28.8	28.8	26.3	40.5
Mindestens 2 Krankheiten vorhanden	6.9	7.5	9.0	7.8	15.5

* ab 15-Jährige in Privathaushalten; gewichtet und standardisiert auf die WHO-Altersstruktur „Europa“

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragungen